

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE COVID-19

1. **¿Usted, su hijo o alguien con quien usted o su hijo han estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por más de 10 minutos), han tenido alguno de los siguientes síntomas: una temperatura inexplicable (de 100.4 o más), tos, falta de aliento, o dificultad para respirar en los últimos 14 días?**

Sí o No

2. **¿Usted, su hijo o alguien con quien usted o su hijo han estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por más de 10 minutos), han tenido al menos dos de los siguientes síntomas: fiebre, escalofríos (incluyendo temblores repetidos), dolores musculares, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida reciente de sabor o del olfato en los últimos 14 días?**

Sí o No

3. **¿Usted, su hijo o alguien con quien usted o su hijo han estado en contacto cercano (dentro de 6 pies por más de 10 minutos), han tenido contacto directo con una persona con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días?**

Sí o No

Si respondió SÍ a CUALQUIERA de estas preguntas, DETÉNGASE:

- **Llame al (208) 533-3235 para reprogramar la cita de hoy.**
- **Honraremos las tarifas exentas**

Si respondió NO a TODAS estas preguntas, PASE a la página siguiente.

Nombre de niño _____ Edad de niño _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y SEGURO

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS ___ ESPAÑOL ___ OTRA _____ NESECITA INTERPRETE: Sí ___ No ___

DE TELÉFONO CELULAR: _____ # TELÉFONO DE CASA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO PREFERIDO: TELÉFONO DE CASA ___ CELULAR ___ DE TRABAJO ___ CORREO ELECTRÓNICO ___

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ # TELÉFONO DE CONTACTO: _____

¿TIENE SU HIJO SEGURO MÉDICO/MEDICAID/MEDICARE? SÍ ___ No ___

- Si no, puede omitir la sección resaltada.
- En caso afirmativo y Ud. trajo una COPIA (de enfrente y atrás) de la tarjeta de seguro de su hijo para que la conservemos, puede omitir la sección resaltada.
- En caso afirmativo y **NO trajo una copia** de enfrente y atrás de la tarjeta de seguro de su hijo, **DEBE completar la sección resaltada**.

Compañía de seguros _____

Dirección postal de reclamos _____

Número de teléfono del proveedor _____

Política _____

Grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Relación del titular de la póliza con el paciente _____

RAZA: ANGLOSAJÓN ___ AFROAMERICANO/NEGRO ___ INDIO AMERICANO /NATIVO DE ALASKA ___ ASIÁTICO ___ DECLINÓ REPORTAR ___ OTRO ___

ETNICIDAD: HISPANO/LATINO ___ NO HISPANO/LATINO ___ DECLINÓ REPORTAR ___

Nombre de niño _____ Edad de niño _____

Formulario de Consentimiento para La Clínica Gratuita de Inmunización el ___ de Junio 2020

Para que su hijo/a obtenga vacunas durante la clínica de inmunizaciones, usted debería:

1. **Completar** este formulario 4. **Proveer** un registro de vacunación
 2. **Firmar** este formulario y poner la **fecha**
 3. **Proveer** copia de la tarjeta del seguro médico o de Medicaid

Incluir una copia de la tarjeta del seguro médica o de Medicaid. El costo de vacunación será cobrado al seguro médico/Medicaid.

A. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ VACUNAS

Nombre legal completo del niño Apellido(s) _____ Primer _____

Segundo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo *femenino masculino*

Nombre de Padre/madre o guardián Apellido(s) _____ Nombre _____

Relación con el niño _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Condado _____

Compañía de seguro médico: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____

Dirección de seguro médico: _____

Número de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador del asegurado: _____

B. ELEGIBILIDAD PARA VACUNACIÓN (marque las apropiadas)

- Medicaid:** niño, 0-18 años de edad, quien tiene Idaho Medicaid.
 Indígena Americana o nativo de Alaska: Niño, 0-18 años de edad, quien se identifica como una Indígena Americana o nativo de Alaska, a pesar de cobertura de seguro médico.
 No tiene seguro médico: Niño, 0-18 años de edad, quien no tiene ningún tipo de seguro médico.
 Seguro médico limitado: Niño, 0-18 años de edad, que tiene seguro médico pero este seguro no cubre inmunizaciones.
 Asegurado: Niño, 0-18 años de edad, quien tiene seguro médico lo cual cubre inmunizaciones.

C. INFORMACIÓN DE SALUD PARA VACUNACIÓN (Circule Sí o No)

Favor de contestar todas las preguntas para la persona que recibirá las vacunas. Las respuestas determinan si su niño puede recibir vacunas en esta ocasión. **Si contesta que sí a una pregunta, por favor explique en el espacio proveído.**

Sí No 1. ¿Tiene el/la niño/a cualquier alergia a medicina, comida, o vacuna?

Sí No 2. ¿Ha tenido el/la niño/a alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?

Sí No 3. ¿Ha tenido el/la niño/a algún problema de salud como el asma, enfermedad de pulmones o de corazón o de riñones, metabólico (como diabetes) u otro problema de sangre?

Sí No 4. ¿Ha tenido convulsiones o problemas del cerebro o del sistema nervioso, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré?

Sí No 5. ¿Tiene el niño/a cáncer, leucemia, el SIDA, tuberculosis, u otro problema del sistema inmune?

Sí No 6. ¿Ha usado o tomado cortisona, prednisona, otros esteroides, drogas anti-cáncer, o tratamientos de radiación en los tres meses pasados?

Sí No 7. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o de un producto sanguíneo, o se le han dado la globulina inmune o antiviral en el año pasado?

Sí No 8. ¿La niña está embarazada o hay una posibilidad de que se embarace en el próximo mes?

Sí No 9. ¿Ha recibido el/la niño/a una vacuna en las 4 semanas pasadas?

Si contestó que sí, explica aquí _____

D. CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR

Se me ha dado una copia, y he leído o se me ha explicado la información en las declaraciones sobre todas las vacunas propias por la edad y que se indica y que estén disponibles. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo bien los beneficios y riesgos de cada vacuna indicada y doy permiso para que mi hijo/hija reciba las vacunas que se recomienda el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y las cuales le tocan.

- Si no deseo que mi hijo/hija reciba una de dichas vacunas, las anoto aquí abajo:

_____ Iniciales _____

Nombre de niño _____ Edad de niño _____

E. FINANCIAL

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para facturación a terceros, incluyendo el pago de beneficios al EIPH. Cualquier balance después de que el seguro se ha procesado, será puesto en cero.

F. VACUNAS

- Doy permiso a EIPH y/u otra persona designada par vacunar a la persona cuyo nombre está en este formulario.
- Entiendo que las vacunas no son obligatorias y pueden ser rechazadas por motivos religiosos o de otro tipo, sin exponerse a represalias. Entiendo que información adicional sobre la(s) vacuna(s) me está disponible en EIPH. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y pido que la vacuna(s) se dé(n) a mí o a la persona para quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Entiendo que la participación y la retirada del registro de vacunación son voluntarias. Si usted no desea participar o desea retirarse del registro de inmunización de Idaho (IRIS), llame al Programa de Inmunización al 208-334-5931.
- Entiendo que para evitar lesiones debidas a caídas de desmayos después de vacunación, se recomienda sentarse en el vestíbulo por 15 minutos antes de salir del edificio.
- Yo autorizo que den los archivos de vacunación de mi hijo(a) menor (hasta los 18 años) a clínicas, oficinas de médico, guarderías y escuelas. Mis derechos de autorización son disponibles para mí en el Aviso de Prácticas de Privacidad de EIPH.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY Y ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)/PRACTICAS DE PRIVACIDAD

EIPH está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica. Su información se utilizara para el propósito de tratamiento, pago, y las operaciones de EIPH. Usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad de EIPH en cualquier momento. Las personas que pagan en totalidad y de su bolsillo para un artículo o servicio, podrán solicitar que su información de salud protegida no sea compartida con su seguro médico o plan de salud.

Si siente que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede escribir una queja a Secretario del Health and Human Services Department (Departamento de Servicios de Salud y Humanidad) o a:

Privacy Officer: Eastern Idaho Public Health, 1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

FIRMA

Al firmar abajo, confirmo que:

- Leí y comprendo la información arriba
- Me han ofrecido una copia de HIPAA EIPH de Practicas de Privacidad
- Me han ofrecido una copia de la póliza financiera de EIPHD
- Me han ofrecido información sobre la vacuna (VIS's)
- Se puede acceder a los VIS en:

<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

_____	_____
Firma de consentimiento/permiso	Fecha

¿Como escuchó sobre la clínica gratuita a la cual está asistiendo hoy? Favor de marcar todos los que apliquen.

<input type="checkbox"/>	La radio	<input type="checkbox"/>	Citio de Web EIPH
<input type="checkbox"/>	Amigos o Familia	<input type="checkbox"/>	Facebook o Instagram
<input type="checkbox"/>	Mensaje de texto de la escuela	<input type="checkbox"/>	Referencia un empleado de EIPH
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico de la escuela	<input type="checkbox"/>	Guardería
<input type="checkbox"/>	Anuncio en papel	<input type="checkbox"/>	Otro:

Usted miró el boletín sobre la clínica de vacunas gratuitas que fue anunciado por Facebook o Instagram?

SÍ o NO
(Favor de circular)

Nombre de niño _____ Edad de niño _____

-NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA-

G. To be completed by person administering vaccine

Dx Code	Payer Source & Codes			Vaccination Date: / /2020	
Encounter for Immunization Screen – No Imms Needed (No Charge)	<u>Insurance</u>	<u>Medicaid</u>	<u>VFC (SL)</u>		<u>Per Antigen</u>
	90471		90471 \$0	90472 \$0	90460 Units _____
	90472 ____		90472 <u>1</u> \$0 <u>2</u> \$0 <u>3</u> \$0		90461 Units _____
	90473 1 st Oral/Nasal		90473 1 st Oral/Nasal \$0		Total Amount Due \$ _____
Vaccine	Lot Number	Provider Name	Site	Route	
90620	Bexsero		Left Right Deltoid	IM	
90700	Dtap		Left Right Deltoid Leg	IM	
90674	Flucelvax		Left Right Deltoid Leg	IM	
90686	Flulaval 6 mo & up		Left Right Deltoid Leg	IM	
90633	Hep A		Left Right Deltoid Leg	IM	
90744	Hep B		Left Right Deltoid Leg	IM	
90651	HPV		Left Right Deltoid Leg	IM	
90713	IPV		Left Right Deltoid Leg Arm	IM SQ	
90696	Kinrix		Left Right Deltoid Leg	IM	
90734	Menactra		Left Right Deltoid	IM	
90707	MMR		Left Right Arm Outer Thigh	SQ	
90710	Proquad (MMRV)		Left Right Arm	SQ	
90723	Pediarix		Left Right Deltoid Leg	IM	

Nombre de niño _____ Edad de niño _____

Vaccine		Lot Number	Provider Name	Site	Route
90647	Pedvax			Left Right Deltoid Leg	IM
90670	Prevnar 13			Left Right Deltoid Leg	IM
90680	Rotateq			Oral	Oral
90715	Tdap			Left Right Deltoid	IM
90621	Trumenba			Left Right Deltoid	IM
90636	Twinrix			Left Right Deltoid	IM
90716	Varicella			Left Right Arm Outer Thigh	SQ
				Left Right Deltoid Leg Arm	IM SQ
				Left Right Deltoid Leg Arm	IM SQ

Screening Reviewed and Education Provided by: _____

Antigen Counseling Provided by Allison Barto PA-C

Initial: _____ Date: _____

Checked In Scanned SuperBilled Check out Historical